

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

195

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 26 Mai 1886, à 1 heure,

PAR GUSTAVE NIMIER

Né à Saint-Brieuc (Côtes-du-Nord), le 23 janvier 1861,
Ancien interne de l'Hôtel Dieu de Rennes,
Lauréat de l'École de médecine de la même ville.

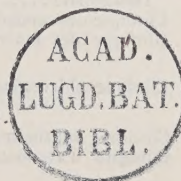
DE LA

CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE

PAR L'INCISION ET LA RÉSECTION PARTIELLE
DE LA TUNIQUE VAGINALE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. { LE DENTU, professeur,
RECLUS, SEGOND, agrégés.



Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BÉCLARD.

Professeurs.....

	MM.
Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HARDY.
	POTAIN.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHEL.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL.
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	RIBEMONT.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHELOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHEL.
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef des travaux anatomiques.	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
GARJEAN.	KIRMISSON.	RENDU.	TERRILLON.
	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIÈRE.

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MES SŒURS ET A MA BELLE-SŒUR

A MON ONCLE ET A MES TANTES

A MON ONCLE LE DOCTEUR GUIBERT

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FOURNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion-d'honneur.

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR RECLUS

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

A MES CHEFS DE SERVICE DE L'HÔTEL-DIEU DE RENNES

MM. AUBRÉE, DAYOT, DELACOUR
ET REGNAULT

A MES PREMIERS MAÎTRES DE RENNES

Les docteurs

BRUTÉ, LEFEUVRE, LHUISSIER, PERRET,
PETIT ET ROBIN-DUPONT

DE LA
CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE

PAR L'INCISION ET LA RÉSECTION PARTIELLE
DE LA TUNIQUE VAGINALE

INTRODUCTION

Le mode de traitement de l'hydrocèle que nous avons l'intention d'étudier dans cette thèse est une des nombreuses opérations qui ont retiré un si grand bénéfice de la méthode antiseptique. Indiquée par Celse, pratiquée par Albucasis et Paul d'Égine, cette opération n'avait pas tardé à être oubliée et n'avait été employée depuis que rarement. Mais grâce aux moyens antiseptiques dont dispose la chirurgie actuelle elle a été reprise avec succès par Von Volkmann, de Halle, très avantageusement modifiée par Julliard, de Genève, dont nous exposerons spécialement le procédé.

Mais avant d'entreprendre ce travail, nous tenons à remercier M. le professeur agrégé Paul Reclus qui nous l'a inspiré, de l'amabilité avec laquelle il

nous a accueilli dans son service et des observations si intéressantes qu'il a bien voulu nous communiquer.

Que M. le professeur Fournier, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien recevoir ici l'hommage de notre reconnaissance.

DIVISION DU SUJET

Dans un premier chapitre, nous donnerons un court aperçu des méthodes employées autrefois dans le traitement de l'hydrocèle.

Nous étudierons ensuite le mode de traitement qui consiste dans l'incision suivie de la résection partielle de la tunique vaginale.

Enfin, après avoir fait la comparaison entre cette méthode et celle de l'injection iodée, nous donnerons les conclusions qui nous sembleront pouvoir s'en déduire.

CHAPITRE PREMIER

ÉTUDE DE L'ANCIEN TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE.

L'hydrocèle, par sa grande fréquence, a amené de nombreux chirurgiens à s'occuper du traitement à lui opposer, aussi les méthodes abondent-elles. Elles peuvent toutes rentrer dans les deux classes suivantes : moyens médicaux, moyens mécaniques.

Parmi les moyens médicaux, nous citerons d'abord le vésicatoire cantharidé qui a donné vingt cas de guérison à Breschet à l'Hôtel-Dieu et qui fut préconisé par Roquetta surtout chez les enfants (in Bulletin de thérapeutique, 1834).

Le traitement mercuriel a été employé avec succès chez les syphilitiques (Foissac, Bul. Thér. 1841). Dans d'autres cas, c'est à l'iodure de potassium que l'on a eu recours chez ces malades.

En 1849, Pétrequin faisait connaître de bons résultats obtenus par l'électricité.

Enfin, dans quelques cas, les applications topiques ont donné des succès, et c'est ainsi que nous verrons préconiser tour à tour les astringents, l'écorce de chêne employée par Manoury, et les compresses de scille et de digitale recommandées

par Velpeau (Bul. thér. 1837). Dans le *Spérimentale* (1853, page 466), nous trouvons un cas guéri par l'usage topique du cyanure de mercure. Dans les *Archives belges* (t. XV), nous voyons plusieurs cas de guérison survenus chez des adultes à la suite de l'application répétée du collodion riciné.

Enfin, M. de Saint-Germain (Dict. Jaccoud, art. Hydrocèle) recommande beaucoup, surtout chez les enfants, les applications continues de compresses imbibées d'une solution saturée de chlorhydrate d'ammoniaque qui amènent la guérison dans un temps variant de huit jours à six semaines, surtout dans le cas d'hydrocèle congénitale.

Nous arrivons maintenant aux moyens mécaniques parmi lesquels nous pouvons citer :

L'électro-puncture, pratiquée par Schuster à la clinique d'Amussat en 1859.

L'acupuncture (Burgræve, Bul. thér. 1857).

La suture enchevillée, qui a donné un cas de succès à Ricord (Bul. thér., t. XXXIII). Nous pouvons rapprocher de ce procédé celui de Bompiani, qui consiste : 1° à faire la ponction avec le trocart, puis l'évacuation du liquide; 2° à laver la vaginale avec une solution phéniquée qu'on fait ensuite écouler; 3° à appliquer des points de suture profonde réunissant la face antérieure à la face postérieure du scrotum. Une série de points doit être disposée semi-circulairement autour du bord libre du testicule, puis on en applique une seconde en dehors de la première.

Les adhérences se produisent sans grande inflammation et la guérison est définitive.

L'application de caustiques sur le scrotum (*Scalpel* de Liège 1858-1877, t. XIII, p. 70).

Le séton, qui consiste à embrocher la tumeur avec un trocart et un tube à drainage. Ce procédé exige un repos prolongé et laisse aux points d'émergence du tube des bourgeons charnus très tenaces qui nécessitent des cautérisations quotidiennes.

La ponction simple, qui réussit quelquefois chez les enfants et rarement chez les adultes.

La ponction d'après le procédé de Maisonneuve. Après évacuation du liquide, le chirurgien introduit dans la canule du trocart un stylet cannelé dans la rainure duquel on a coulé du nitrate d'argent. Le stylet est promené quelque temps dans la poche puis retiré. Ce procédé, très vanté par de Saint-Germain, a été préconisé pour la première fois dans la thèse de Defer, de Metz (Thèse de Paris, 1858), puis dans la thèse de Masseloux (Paris, 1871) qui donne 50 observations suivies de guérison.

La ponction d'après le procédé de Gillette qui consiste, après avoir retiré le liquide, à malaxer la tumeur pendant une demi-minute; la tuméfaction serait moindre et la guérison plus rapide qu'après l'injection iodée (Thèse de Renard, Paris 1884).

La ponction suivie d'une injection quelconque, et à ce propos, nous devons dire qu'on a injecté dans la tunique vaginale un peu de tout, de l'air atmosphérique, du liquide de l'hydrocèle, de l'eau

chaude (Gerdy), de l'eau salée, alumineuse, alcoolisée, du chloroforme (Langenbeck, de Berlin, 1859), du perchlorure de fer (Houzé de l'Aulnoit, une solution de sulfate de cuivre, du vin chaud, de l'alcool (Monod), de l'acide phénique (Lerris et Weir), du chlorure de zinc (Polaillon), de l'ammoniaque liquide (Bonnafond), du sublimé au millième.

Nous arrivons ensuite à la ponction suivie d'une injection iodée qui, jusqu'à l'apparition de la nouvelle méthode qui fait le sujet de cette thèse, a sans contredit produit le plus grand nombre de succès. Elle consiste à ponctionner l'hydrocèle au moyen d'un trocart, puis lorsque le liquide s'est écoulé on injecte par la canule du trocart une solution iodée dont le taux varie suivant les chirurgiens. Martin de Calcutta, qui semble avoir trouvé ce procédé, injectait 8 grammes de teinture d'iode diluée dans 24 grammes d'eau. Il dit avoir ainsi traité 2.399 malades et avoir eu près de 99 succès pour 100. Curling injectait 12 grammes du liquide suivant : iode 1 gr. 50, KI. 4 gr., alcool 30 grammes. Actuellement un grand nombre de chirurgiens injectent de la teinture d'iode pure et c'est le liquide recommandé par le professeur Duplay dans son *Traité de pathologie externe*. M. le professeur Guyon, craignant avec raison que l'injection avec une seringue ne fasse passer une partie du liquide dans le tissu cellulaire du scrotum, se contente de verser l'injection iodée dans un entonnoir adapté à la canule du trocart, car alors si le trocart s'est déplacé et a quitté la ca-

tivité vaginale, l'obstacle apporté par le tissu cellulaire empêche le liquide de s'écouler et attire ainsi l'attention du chirurgien. Nous nous proposons d'étudier dans le troisième chapitre les avantages et les inconvénients de la ponction suivie de l'injection iodée, ainsi n'insisterons-nous pas davantage actuellement sur ce procédé. Il nous reste à étudier maintenant la méthode de l'incision telle qu'elle a été pratiquée avant l'application de la méthode antiseptique à la chirurgie.

Ce procédé consistait à ouvrir le scrotum de haut en bas suivant le grand axe de la tumeur, puis, le liquide une fois écoulé, on remplissait les parois de la cavité vaginale avec de la charpie, ce qui produisait une vaste surface suppurante et douloureuse avec tous ses inconvénients et donnait lieu à une cicatrice difforme. C'est à Celse que l'on doit l'indication de cette méthode; elle fut pratiquée par Albucasis, Paul d'Egine et Guy de Chauliac. Gerdy la condamnait et la trouvait « à peine excusable chez les chirurgiens ignorants et barbares des temps passés. » Chassaignac, dans son *Traité des opérations chirurgicales*, la traite d'opération mauvaise. Cependant, Pott, Jobert de Lamballe et Boyer l'ont pratiquée avec succès. Scarpa, dans les *Archives générales de Médecine*, 1824, tome IV, donne quatre cas traités ainsi avec succès, et Lisfranc en 1842, à Saint-Antoine, à la suite d'une simple ponction, eut une telle inflammation qu'il fallut ouvrir et réséquer une partie de la vaginale.

De tous les différents modes de traitement de l'hydrocèle que nous venons d'énumérer, il ne reste plus guère dans la pratique que l'injection iodée.

Nous allons maintenant étudier la méthode qui a donné de si beaux résultats entre les mains de Volkmann et de Julliard de Genève qui en sont les promoteurs.

CHAPITRE II.

ÉTUDE DE L'INCISION SUIVIE DE LA RÉSECTION PARTIELLE DE LA TUNIQUE VAGINALE.

C'est à Volkmann de Halle à qui revient l'honneur d'avoir fait de l'incision antiseptique de l'hydrocèle une méthode générale de traitement: aussi commencerons-nous par décrire d'abord son procédé. Son premier travail sur ce sujet a été publié in Berlin. Klin Wocken Schrift en janvier 1876 ; il contient dix-sept cas suivis de succès. Depuis, il en a publié un autre en collaboration avec Geuzmer (Klinischer Vortrage, avril 1879. Sammlung). Ce dernier travail contient plus de cent cas tous suivis de succès et dont le premier est du 9 février 1874. Voici comment il opère :

Le malade est chloroformé, toute la région scrotale est lavée avec une solution phéniquée à 3 % et frottée avec une brosse. La solution est toujours

chaude, pour que le scrotum ne vienne pas gêner l'incision en se contractant. Puis l'incision de la peau est faite dans toute la hauteur de la tumeur et une fois que toutes les enveloppes scrotales ont été incisées successivement et que l'hémostase est parfaite, Volkmann procède alors à l'ouverture de la tunique vaginale au moyen d'une incision qui a les mêmes dimensions que celles de la peau. Une fois la cavité vaginale ouverte, on recherche avec soin les altérations qui peuvent siéger sur le testicule, l'épididyme ou la tunique vaginale pour les en débarrasser et on enlève les corps étrangers que l'on rencontre assez fréquemment dans la cavité vaginale. Ceci fait et l'hémostase bien assurée, on lave toute la cavité avec la solution phéniquée à 3 0/0 et on pratique la suture des lèvres de la tunique vaginale et de celles de l'incision cutanée au moyen de 15 à 20 points de suture faits avec de la soie très fine. Un tube à drainage est placé dans la cavité vaginale pour assurer l'écoulement des liquides qui peuvent s'y produire. Dans le cas où les parois de cette cavité ont été trop distendues, Volkmann en résèque une portion. Puis un pansement antiseptique recouvre le tout et maintient accolés par compression les deux feuillets de la vaginale pour permettre la formation d'adhérences qui assurent la guérison.

Ce procédé a donné entre les mains de Volkmann et des chirurgiens qui l'ont employé des résultats magnifiques ; mais à la suite de quelques

récidives observées, on a essayé de le modifier de manière à mieux assurer l'adossement des deux feuillets de la vaginale. En effet, avec l'incision pure et simple, un pansement bien fait peut empêcher l'inflammation d'être suffisante pour faire adhérer entre eux les deux feuillets ; or, le seul moyen de guérir radicalement l'hydrocèle est d'obtenir l'oblitération de la cavité vaginale, car le plus petit point non ablitéré peut devenir le point de départ d'une nouvelle hydrocèle, et, d'un autre côté, la présence du drain dans la séreuse empêche la réunion complète des deux feuillets, et expose ainsi à la récurrence que l'on cherche à éviter. Julliard de Genève a remarqué en effet dans l'autopsie d'un de ses premiers opérés mort d'une affection intercurrente que toute la cavité vaginale était oblitérée sauf dans le point où avait séjourné le drain qu'il y mettait alors. C'est pour remédier à cet inconvénient que Julliard a apporté au procédé de Volkmann la modification suivante : après avoir incisé la tunique vaginale, il en résèque une portion et n'en laisse que juste de quoi recouvrir le testicule et le cordon, puis il suture la vaginale au moyen de catgut très fin, et enfin le scrotum, en ayant soin d'interposer un drain entre la vaginale et les enveloppes superficielles du scrotum. Bergmann, plus radical encore, extirpe complètement le feuillet pariétal de la tunique vaginale puis pratique la suture de la peau en mettant un drain.

Le procédé de Julliard a été adopté par tous les

chirurgiens français qui ont pratiqué l'opération de la cure radicale de l'hydrocèle : aussi croyons-nous devoir, pour l'exposer, lui emprunter les pages suivantes qui ont été publiées dans la Revue de chirurgie de 1884.

Julliard s'appuyant sur ce que l'opération n'est pas longue et que l'incision de la peau est seule douloureuse n'emploie pas l'anesthésie, il fait le lavage de la région avec une solution phéniquée chaude, 1 %, puis pratique une large incision de haut en bas.

« L'incision de la peau étant faite, dit-il, je continue couche par couche jusqu'à ce que je sois arrivé sur la tunique vaginale, les vaisseaux sont pincés et tordus à mesure que je les coupe ; je préfère la torsion à la ligature ; cette dernière a l'inconvénient de laisser dans la plaie un petit corps étranger et il est toujours préférable au point de vue de la réunion d'en laisser le moins possible, fut-ce le meilleur des catguts. On pourra également se servir de pincés à forcipressure, avec lesquelles on sera dispensé de faire des ligatures.

Arrivé sur la tunique vaginale je fais à sa partie supérieure une boutonnière dans laquelle j'introduis le doigt et j'achève avec des ciseaux l'incision de la tunique vaginale sur une longueur égale à celle de l'incision cutanée. On pourrait inciser la vaginale par transfixion, d'un seul coup de bistouri ; ce procédé est plus expéditif, mais il expose à blesser l'épididyme ou le testicule, tandis que, en l'in-

cisant avec des ciseaux sur le doigt, on ne risque absolument rien. L'incision de la tunique vaginale étant faite, j'inspecte le testicule et la surface interne de la vaginale. Cet examen doit être fait dans tous les coins et recoins. On trouve presque toujours des petits kystes, des corps étrangers libres ou adhérents, des exsudats sanguins ou pseudo-membraneux, des plaques calcaires ou cartilagineuses, etc.

Les kystes siègent le plus souvent sur le testicule ou sur l'épididyme, plus rarement sur la vaginale ou sur le cordon. Quant aux corps étrangers, exsudats, etc, on les rencontre un peu partout, et ils doivent être recherchés dans tous les replis de la cavité où ils pourraient passer inaperçus.

Les kystes sont excisés avec des ciseaux, les exsudats sont enlevés avec des éponges ou avec la curette. En un mot, la cavité est débarrassée de toutes les productions anormales qu'elle peut contenir.

Cette toilette doit être faite avec ménagement et avec des éponges imbibées de solution phéniquée très faible; je proscriis d'une manière absolue les lavages avec une solution phéniquée forte. On fait un grand abus de ces lavages et on a parfaitement tort, ils irritent fortement les plaies, ils augmentent le suintement et ils ne font que compromettre la réunion par première intention. Au point de vue

antiseptique ils sont inutiles, le spray suffit et je le fais pendant toute la durée de l'opération.

La toilette de la cavité étant faite, je résèque de la tunique vaginale ce qui est nécessaire pour que ce qui reste suffise à recouvrir le testicule et le cordon et je suture la vaginale en l'ajustant sur le testicule et le cordon. Cette suture est faite avec des catguts très fins placés à un centimètre les uns des autres, j'obtiens ainsi un adossement complet et hermétique du feuillet pariétal avec le feuillet viscéral sur lequel il est appliqué et tendu sans aucun repli. Il faut prendre garde de ne pas fermer la vaginale avant que l'hémostase ne soit complète. Lorsque les kystes ont été excisés, lorsqu'on a dû frotter et surtout racler la surface de la vaginale, il se fait à sa surface un suintement sanguin en nappe qu'on ne peut arrêter ni par torsion ni par ligature. Dans ce cas je remplis la cavité avec des éponges imbibées d'eau froide et je comprime pendant quelques instants, cela suffira presque toujours à arrêter le sang.

.

Dans mes premières opérations, j'avais l'habitude de mettre un ou plusieurs drains dans la cavité vaginale ; ce drainage avait pour but de procurer l'écoulement des liquides provenant de la surface interne de la vaginale, j'y ai renoncé depuis longtemps.

Quand on opère sur une séreuse, il suffit d'adosser exactement surface contre surface pour que l'adhé-

rence se produise immédiatement sans aucun suintement. Il n'y a pas plus besoin de mettre un drain entre les surfaces de la vaginale qu'il n'est besoin d'en mettre un entre celles d'un intestin suturé dans une entérectomie.

Je vais plus loin, je prétends qu'un drain interposé entre deux surfaces séreuses ne sert qu'à les empêcher d'adhérer.

Il ne faut donc pas mettre de drain dans la vaginale, mais, par contre, il faut avoir soin que les deux feuillets soit exactement appliqués sur toute leur étendue et sans replis. S'il reste un espace, tout petit soit-il, où le contact n'existe pas, non seulement la cavité vaginale persiste en ce point, mais il s'y fera un suintement et ce suintement n'ayant pas d'issue il pourra en résulter une rétention avec ses conséquences habituelles.

.

Toutefois si la tunique vaginale est profondément atteinte, s'il a fallu la râcler profondément ou la cautériser, il sera prudent de la drainer, parce qu'ici on ne peut pas compter sur une adhérence par première intention, la tunique vaginale ayant complètement perdu ses caractères de séreuse, c'est une surface cruentée comme une autre. Mais ces cas sont exceptionnels.

Après avoir fait la suture de la vaginale, je fais celle du scrotum. Dans quelques opérations, j'ai suturé le scrotum avec des serres-fines parce qu'elles ont l'avantage de ne pas faire de trous

mais les serres-fines exercent parfois une pression trop forte qui, avec une peau aussi délicate que celle des bourses, amène tout de suite de l'œdème et occasionne même quelquefois de petits sphacèles. De plus, elles sont incompatibles avec un pansement compressif.

Je suture le scrotum avec des catguts et je place un drain à la partie la plus élevée de l'incision. Il m'est arrivé sept fois de ne pas drainer non plus la plaie scrotale, deux fois la tentative m'a réussi et la réunion par 1^{re} intention a eu lieu, mais dans les cinq autres cas il s'est produit une rétention qui s'est terminée par un petit abcès superficiel.

Je considère donc, qu'autant il est inutile et même fâcheux de drainer la cavité vaginale, autant il est prudent de mettre un drain dans la plaie scrotale, quitte à l'enlever de bonne heure. J'emploie pour ce drainage les tubes en caoutchouc de Chassaignac.

Reste maintenant le pansement; il doit être antiseptique, compressif, et ne pas irriter le scrotum; je couvre l'incision avec un morceau de protectrice, par dessus le protectrice une large couche de grosses éponges imbibées d'une solution phéniquée à 1,5 0/0 qui couvre le bas-ventre, le scrotum et le périnée, puis je soutiens le tout par des bandes de gaze et enfin une bande de caoutchouc. »

Julliard a pratiqué cette opération dans 54 cas qui ont donné lieu à 54 succès. Les malades ont tous été guéris dans un laps de temps variant de huit à

dix jours c'est-à-dire qu'ils ont pu se lever à ce moment, mais il faut bien quinze jours ou trois semaines pour que toutes les parties aient repris leur souplesse première. Dans ces 54 opérations, Julliard a dû pratiquer trois fois la castration. Dans 11 cas il y a eu suppuration ; chez 25 malades la température a atteint trente-neuf degrés et chez 5 elle les a même dépassés. En outre il y a eu dysurie chez 3 opérés.

On aurait pu croire qu'après des résultats aussi brillants les chirurgiens français se seraient empressés d'entreprendre cette opération, et cependant il n'en est rien, et il nous a fallu arriver jusqu'à la séance de la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Lyon du 23 octobre 1885, pour trouver la relation des premières opérations pratiquées en France dans le but de guérir radicalement l'hydrocèle. Dans la communication qu'il a faite à ce sujet, M. Augagneur a donné connaissance de 13 cas traités par lui selon la méthode de Julliard et depuis il a publié, dans la Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie du 2 avril 1886, un mémoire dans lequel il fait connaître le résultat de sa pratique qui comprend actuellement quinze observations. Son procédé diffère un peu de celui de Volkmann et aussi de celui de Julliard. En effet, M. Augagneur (de Lyon) employa l'anesthésie contrairement à ce que fait Julliard et cependant dans les trois cas où il a opéré des malades non endormis, ceux-ci ont reconnu ne pas avoir beau-

coup souffert. En outre, M. Augagneur, après avoir réséqué une portion de la tunique vaginale, en fait la suture au moyen de fils métalliques réunis sur des plaques de plomb. L'aiguille pénètre sur la paroi du scrotum, dans un point situé un peu au-dessous de l'incision de la vaginale et traverse successivement le scrotum, la vaginale, pénètre dans la cavité séreuse, atteint l'autre paroi et traverse la vaginale de dedans en dehors, puis la peau. Les fils, par le rapprochement de leurs extrémités, accolent le feuillet séreux à lui-même. Enfin M. Augagneur place un petit drain dans le fond de la vaginale sur un des bords du testicule.

Dans les 15 cas qu'il a ainsi traités, M. Augagneur a toujours vu les suites de l'opération être excessivement simples. La douleur a toujours été très faible et trois de ses malades qui avaient subi antérieurement l'injection iodée et pouvaient par conséquent comparer leurs sensations, ont accusé une douleur moins persistante après l'incision. Il n'a jamais eu d'hémorrhagie véritable; dans un cas où il s'agissait d'une vaginalité chronique très vasculaire marchant à l'hématocèle, le pansement fut traversé par un liquide séro-sanguinolent. La température n'a jamais atteint 39°, sauf chez un opéré qui présenta au quatrième jour, après un violent frisson, une température de 40 degrés, mais il s'agissait d'un rappel de paludisme comme le montrèrent les an-

técédents. Dans un cas où le malade avait subi deux mois avant l'incision une injection phéniquée, M. Augagneur a constaté que la température s'est élevée au même degré après les deux interventions; les deux tracés étaient superposables. Deux fois il y a eu suppuration. Dans un cas il a été impossible d'en trouver l'explication; dans l'autre, le chirurgien avait eu affaire à une hydrocèle très volumineuse, à parois presque cartilagineuses et compliquée d'un varicocèle. Il y a eu orchite dans une observation. Enfin, une fois seulement, un malade a présenté une rétention d'urine pendant trente-six heures, fait assez commun après les opérations sur les organes génitaux. Quant à la durée du traitement, 3 opérés ont guéri avant dix jours, 2 de dix à quinze jours, 5 de quinze à vingt jours, 2 de vingt à vingt-cinq et 2 de vingt-cinq à trente.

Au point de vue anatomo-pathologique, qui est une considération d'une grande valeur pour faire adopter cette opération, M. Augagneur a pu constater d'abord l'épaisseur considérable de la fibreuse commune si frappante dans l'hydrocèle et qui a été signalée par le professeur agrégé Terrillon à la Société anatomique, puis il a rencontré une fois un corps flottant dans la vaginale, et à diverses reprises des végétations polypiformes sur la face interne du sillon épидидymo-testiculaire.

Dans son observation IX, le malade présentait une tunique vaginale recouverte de plaques en dégénérescence calcaire et conformément à ce qu'ont

signalé M. le professeur Lannelongue et son élève Marimon (Thèse de Paris, 1874), la tête de l'épididyme était détachée du testicule, déroulée et avait pris la forme d'un large ruban. Une autre observation est un beau cas d'hydrocèle coïncidant avec un kyste spermatique et un autre opéré est un exemple très concluant de cure radicale de hernie épiploïque congénitale compliquée d'hydrocèle. Plusieurs opérés ont été revus des mois après l'intervention, aucun n'avait conservé de douleurs. Les cicatrices étaient souples et réduites dans de telles proportions qu'il eût été difficile d'y reconnaître la trace des grandes incisions pratiquées quelque temps auparavant.

A notre connaissance, l'opération de la cure radicale de l'hydrocèle par la méthode de l'incision avec résection partielle n'a été pratiquée à Paris que par quatre chirurgiens, MM. les professeurs agrégés Nicaise, Terrier, Segond et Reclus. Les trois premiers ont pratiqué une seule fois cette opération et avec succès. Nous donnons plus loin l'observation de l'opéré de M. Segond qui a bien voulu, avec sa bienveillance habituelle, nous la communiquer. Quant aux observations que nous avons recueillies dans le service de M. Reclus et qui nous ont été communiquées par nos bons amis MM. Gompier et Macry, internes du service, elles sont au nombre de quatre : trois ont trait à des malades porteurs d'hydrocèle ; dans le quatrième cas, on a eu affaire à un sac herniaire déshabité, avec hydrocèle symp-

tomatique. Dans ce cas, où l'hydrocèle a été traitée par la simple incision, il y a eu récurrence neuf jours après l'opération, mais l'épanchement a été très modéré et n'a mis que quinze jours à disparaître complètement et sans aucun autre mode de traitement. Chez le malade qui a fait le sujet de l'observation V et qui est actuellement encore à l'hôpital, il y a eu également récurrence au bout de neuf jours, mais la quantité de liquide est assez minime pour ne pas donner lieu à la transparence. Nous ne doutons pas que cet épanchement ne soit promptement résorbé comme dans le cas précédent, mais cet échec doit nous rendre plus réservé dans nos appréciations sur l'opération de Julliard.

Voici ces opérations :

OBSERVATION I inédite. (Résumée.)

(Communiqué par M. Segond, professeur agrégé.)

Le nommé Apeley (Jean), journalier, 58 ans, entre le 29 novembre 1885 à l'hôpital Necker, salle Saint-André, n° 22, dans le service de M. le professeur Guyon alors remplacé par M. Segond. Il est porteur d'une hydrocèle droite volumineuse classique remontant à six mois.

Le 29 septembre, opération suivant les règles de Julliard, 15 catguts pour fermer la vaginale, 13 fils d'argent pour le scrotum. Néant au point de vue anatomo-pathologique, pas d'induration de l'épididyme, pas de corps étranger. La vaginale a 2 millimètres d'épaisseur et semble seulement fibroïde.

Le 30 septembre, le cathétérisme est nécessaire deux fois. Dès le 1^{er} octobre, la miction se rétablit librement.

Le 4 octobre, deuxième pansement, ablation des fils d'argent et du tube à drainage.

Pour toute élévation thermique, le malade a eu 38° le 29 au soir ; 39°,5 le 30 au matin, 38° le soir ; le 1^{er} octobre, 38° matin ; 38°,6 soir ; les 2, 3, et 4, 37°,6 le matin et 37°,6 le soir, et à partir du 4 octobre la température est restée normale.

Le 11 octobre, le malade n'a plus de pansement. La plaque de vaginalite correspondant aux sutures à un travers de doigt.

Exeat le 18 octobre. Indolence absolue partout, et pour tout reliquat un peu d'induration au niveau des sutures. Rien dans le vaginale.

OBSERVATION II (inédite).

(Recueillie par M. Gommier, interne du service.)

Le nommé Dabit (Edouard), âgé de 60 ans, emballleur, entre le 11 février 1886 à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Reclus, salle Broca, n° 9.

Ce malade est porteur, du côté droit des bourses, d'une tumeur volumineuse, pyriforme, transparente, et qui rappelle par tous ses caractères ceux d'une hydrocèle. Le testicule est situé en bas et en arrière. Il y est facilement reconnaissable à la douleur qu'on provoque en pressant la tumeur dans cette région. Cette tumeur s'est en outre développée lentement, le début remonte à cinq mois. Quant à l'état du testicule lui-même, bien qu'il soit difficile d'en apprécier les contours à cause de la tension du liquide, tout porte à croire qu'il est sain.

Le malade n'a eu ni blennorrhagie ni orchite. Pas de syphilis, pas de symptômes de tuberculose. Il y a six mois il a été obligé de garder le lit pendant trois semaines par suite de

fièvres intermittentes, contractées en Afrique, à Tlemcen, étant soldat. Cet homme paraît se bien porter.

M. Reclus, après avoir pensé un instant à la ponction suivie de l'injection iodée, se décide pour la cure radicale. La veille, le malade est purgé avec 45 grammes de sel de sedlitz, et le matin même de l'opération, le 16 février, on lui donne un lavement.

Opération. — Le 16 février, le malade est chloroformé, on pratique sous le spray une incision intéressant toute la partie latérale droite des bourses. Les bords de cette plaie sont bien mobilisés, et grâce à la rétraction des fibres musculaires du dartos et à la traction un peu énergique d'un aide, le testicule droit recouvert de sa tunique vaginale vient bientôt faire hernie à travers la plaie ; à ce moment on pratique à la partie inférieure une ponction et il s'écoule de la vaginale un liquide jaune citron. Puis on fait une incision de la vaginale un peu moins étendue que celle de la peau et le testicule est mis à nu. Un lambeau de la vaginale qui présente une épaisseur anormale est ensuite réséqué dans le but de diminuer la cavité distendue, et après un examen minutieux du testicule et de la tunique vaginale absolument sains, on fait un lavage avec de la liqueur de Van Swieten. Puis les deux bords de la tunique vaginale sont réunis à l'aide de quatre points de suture faits avec du catgut très fin. Un paquet de crins de Florence destinés à assurer le drainage est laissé entre la tunique vaginale et la peau qui est suturée avec quatre points au crin de Florence. Comme pansement : poudre d'iodoforme, coton salicylé et un bandage relevant bien les bourses. On donne ensuite au malade 5 centigr. d'extrait thébaïque pour le constiper. Dans la journée, le malade a voulu aller à la selle, il a défait son pansement qui a été refait d'une manière peu soigneuse, aussi il a éprouvé quelques tiraillements le long du cordon et de légères douleurs la nuit.

Le soir, température, 37°4.

17 février. Le pansement a été refait par M. Reclus qui a pris soin de relever les bourses.

T. matin, 37°2. Soir, 37°4.

Le 18. OE'dème des bourses du côté correspondant à l'incision, légère infiltration sanguine sur le trajet de la verge. Les points de suture du scrotum semblent avoir bien pris. Pas de douleur. On constate en outre un peu d'hydrocèle du côté gauche.

T. matin, 37°2. Soir, 37°6.

Le 22. Enlèvement des points de suture, la réunion paraît parfaite, excepté dans un point très limité à la partie supérieure de l'incision. La température reste toujours aux environs de 37°.

Le 23. Légère suppuration par les trous de passage des deux points de suture supérieurs. Pas de douleur spontanée ni même lorsqu'on touche les bourses.

Le 24. La suppuration a presque disparu, pas d'élancement, le malade se trouve bien. La température ne dépassera plus 37°2.

Le 25. Le malade s'est levé un peu, il se plaint d'un peu de douleur le long du cordon qui est un peu rouge et empâté.

Le 26. La réunion est complète sur toute l'étendue de l'incision. L'épanchement à gauche a disparu.

1^{er} mars. Ouverture d'un petit abcès au niveau du cordon du côté droit.

Le 3. Le malade sort guéri quinze jours après l'opération.

Nous avons revu ce malade dans les premiers jours de mai, il allait très bien. Il n'y a pas eu de reproduction de liquide du côté opéré, il n'y en a pas eu non plus à gauche.

OBSERVATION III, inédite.

(Communiquée par M. Gommier, interne du service.)

Le nommé Fréjus (Louis), âgé de 45 ans, fondeur en caractères, entre le 22 janvier 1886 à l'hôpital Broussais, dans le service de M. le professeur Reclus, salle Broca, lit n° 22.

Depuis le mois de janvier 1870, ce malade est porteur d'une hernie inguinale droite. Quelques mois seulement après son apparition elle devint plus grosse et l'obligea à porter un bandage. Elle était alors du volume d'un petit œuf. Bientôt et malgré le bandage que le malade portait constamment, et qui était devenu insuffisant, la hernie sortit lentement. Jusqu'alors le malade pouvait rentrer sa hernie qui sortait de temps en temps. Huit ou dix jours avant son entrée à l'hôpital, elle sortit et il ne put la rentrer. Elle devint douloureuse le soir après la marche et le fatiguait beaucoup.

Il n'y a jamais eu d'étranglement. A son entrée à l'hôpital, on constata que la tumeur occupe les bourses et est de la grosseur d'un gros œuf de poule, irréductible. Le malade reste dans cet état jusqu'au 2 février. Jusqu'à cette époque on s'était borné à administrer des purgatifs et à faire la compression avec un sac de plomb, ces moyens furent impuissants à amener la réduction de la tumeur.

Le 2 février. Application de la bande en caoutchouc. La hernie rentre le 4 au matin. En examinant avec soin, on constate qu'une partie de la tumeur semble être restée dans le sac. En un mot, tout n'est pas rentré. Le testicule adhère au sac qui paraît contenir encore de l'épiploon. Il est alors facile de s'assurer que l'anneau inguinal est fortement dilaté et permet l'introduction de l'index. En outre, lorsque la hernie sort davantage, on peut la rentrer en grande partie sans gargouillement. Il s'agit donc d'une épiplocèle.

Quelques jours après, on fabrique un bandage dont la pe-

lote vient reposer directement sur l'anneau inguinal. La hernie, qui d'abord était maintenue et ne sortait plus qu'au moment où le malade s'accroupissait, finit par sortir à la suite de la marche; en outre, le testicule adhérent remonte assez haut, d'où une certaine gêne pour le malade.

En résumé, par les purgations, la compression à l'aide d'un sac de plomb et surtout d'un spica avec une bande de caoutchouc, la hernie est rentrée, mais elle n'est plus maintenue par le bandage fait sur mesure. M. Reclus, faisant ressortir les inconvénients d'une hernie mal contenue, décide le malade à une opération, dans le but de transformer une hernie incoercible, même avec un bandage, en une hernie coercible avec bandage. Il ne s'agissait là que d'une hernie épiploïque assez volumineuse avec adhérence du testicule au sac.

Opération le 6 mars.

Cure radicale de hernie.

Cure radicale d'hydrocèle.

Longue incision allant de l'anneau inguinal jusqu'à la partie inférieure du scrotum et mettant à découvert la tunique vaginale blanchâtre, distendue par du liquide. Ponction de cette vaginale, il s'écoule 30 à 40 grammes de liquide citrin. Incision de la vaginale qui met à nu le testicule et le sac herniaire. Ouverture du sac, le doigt introduit remonte jusqu'à l'anneau par lequel sort un peu d'épiploon. Résection assez pénible de toute la portion du sac sous-jacente à l'anneau inguinal, car il y a des adhérences au niveau du testicule surtout. Le collet du sac est rétréci par une ligature faite avec le crin de Florence. On peut, en introduisant le doigt, s'assurer que la lumière de l'orifice est diminuée.

On suture ensuite les deux bords de la vaginale avec trois fils de catgut très fins. Les deux bords de la plaie scrotale sont réunis à l'aide de sept points de suture au crin de Florence, et on place un petit drain à la partie la plus déclive de la plaie.

En résumé, pas de hernie congénitale, hydrocèle symptoma

tique, adhérence du sac. Il s'agissait donc d'un sac déshabité dans lequel l'épiploon avait de la tendance à descendre. Tout dans l'examen justifie l'opération.

Le 6 soir. P. 90. T. 37°,8. Le malade ne se plaint pas, il n'a pas uriné, on a été obligé de le sonder. Il a une conjonctivite double due au chloroforme.

Le 7. P. 92. T. 38°,2. Quelques douleurs au pli de l'aîne, quelques éructations. Le ventre n'est pas douloureux. Le malade a uriné seul pendant la nuit. Il n'a pas vomi.

8 mars. T. matin 38°,1; soir 39°,1. Le malade a dormi deux ou trois heures. On fait le pansement. Pas traces de douleurs ni d'orchite. Pansement au bismuth, 0 gr. 02 d'opium pour constiper le malade.

9 mars. T. matin 37°,8; soir 38°,1.

2° pansement; pas trace de suppuration.

10 mars. T. matin 37°,8; soir 38°,1.

Le malade a éprouvé quelques douleurs au niveau de la plaie et dans le ventre. L'état général est bon. On fait le pansement pour la troisième fois. Le drain, qui à chacun des deux premiers pansements avait été coupé, est rentré dans la plaie, ce qui oblige à enlever un des points de suture pour aller à sa recherche.

11 mars. T. 38°,2 matin et soir.

Pansement. Pas trace de suppuration.

12 mars. T. matin 38°,2; soir 39°.

Un peu de rougeur au niveau des points de suture détermine M. Reclus à enlever les fils. La réunion a lieu dans toute l'étendue de la plaie, sauf à la partie la plus déclive de la plaie où était placé le drain.

13 mars. T. matin 38°,4; soir 38°,2.

Rougeur plus marquée, plus œdémateuse, s'étendant au pli de l'aîne. Pas de frissons, pas de douleur à la pression. Une goutte de pus apparaît au niveau des points de suture les plus élevés.

15 mars. T. matin 37°,2; soir 37°,1.

La plaie est couverte de pus. Deux petits drains sont placés à la partie supérieure de la plaie. Au premier abord, le liquide semble s'être reproduit dans la tunique vaginale, ce que confirme l'examen avec une lumière.

19 mars. T. matin 37°1; soir 37°2.

Le liquide a augmenté dans la vaginale. La plaie est cicatrisée dans toute l'étendue, sauf à la partie tout à fait inférieure; la suppuration a disparu.

20 mars. Le malade est complètement guéri, le liquide diminue dans la vaginale. Il existe assez d'espace entre le testicule et l'anneau inguinal pour permettre de placer la pelote d'un bandage. Guérison complète de la hernie. En tout quinze jours.

30 mars. Le malade sort avec un bandage. A la toux, pas de pointe de hernie lorsque, en refoulant les parois scrotales on introduit le doigt dans l'anneau. En outre, le liquide épanché dans la tunique vaginale a complètement disparu.

Le malade a été revu le 1^{er} mai, la guérison s'est maintenue; on ne trouve plus de traces de hernie et il n'y a pas de liquide dans la tunique vaginale; le scrotum est tout à fait souple du côté opéré, le testicule a ses dimensions normales.

OBSERVATION IV, personnelle (inédite).

(Recueillie dans le service de M. Reclus).

Le nommé Louis Caudron, âgé de 54 ans, charretier, entre le 26 mars 1886 dans le service de M. le professeur agrégé Reclus à l'hôpital Broussais, salle Broca, n° 6.

C'est un homme d'une bonne santé habituelle, il n'a fait aucune maladie, il est sujet aux maux de tête et il a eu deux blennorrhagies sans complication à l'âge de 20 ans, nie la syphilis et ne tousse pas.

Il y a six semaines environ, il s'est aperçu que la part

droite du scrotum était plus développée que l'autre. Le matin en se levant il avait des tiraillements dans le cordon droit et dans le pli de l'aîne, mais ces symptômes disparaissaient pendant la journée. Peu à peu ils sont devenus continus, et alors le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Il est porteur, du côté droit du scrotum, d'une tumeur qui rappelle à première vue une hydrocèle. Cette tumeur est assez volumineuse, un peu pyriforme et présente à la partie supérieure un léger étranglement; elle est indolore à la pression, très tendue, transparente à la lumière d'une bougie qui fait voir le testicule placé à la partie postéro-supérieure de la tumeur. Le testicule semble sain. M. Reclus se décide à lui faire l'opération de la cure radicale. Le malade est purgé la veille, puis, le matin de l'opération, on lui donne un lavement.

Opération le 30 mars. Le malade est endormi, le scrotum et le pubis soigneusement rasés sont lavés avec une brosse et du savon, puis avec la liqueur de Van Swieten. On fait une incision sur la ligne médiane de la tumeur de haut en bas, cette incision atteint 10 centimètres. La vaginale mise à nu est ponctionnée à la partie inférieure, puis incisée avec des ciseaux, de manière à avoir une incision un peu moins longue que celle du scrotum. On détache un peu de chaque côté la vaginale des couches superficielles, puis on en résèque un lambeau de chaque côté pour diminuer la cavité distendue. La vaginale présente les altérations de la vaginalite chronique, elle est épaissie et a même 4 millimètres d'épaisseur. Par places, elle présente des sortes de plaques cartilagineuses. Le testicule est sain.

Après avoir bien lavé la tunique vaginale avec la liqueur de van Swieten, on la suture avec les fils de catgut, dont 2 un peu gros et 4 fins. On a eu quelque peine à rapprocher les bords de la vaginale, la résection ayant été un peu trop considérable. Puis, on place entre la vaginale et la peau un paquet de crins de Florence pour assurer le drainage et on

fait la suture du scrotum avec 10 crins de Florence. Le pansement est fait avec de la poudre d'iodoforme appliquée sur la plaie, des éponges, du coton hydrophyle et de la gutta-percha laminée. Les bourses sont maintenues relevées au moyen d'un double spica de l'aine. On donne même 0,5 cent. d'opium au malade.

Le soir, le malade a eu pendant quelque temps de légers tiraillements dans l'aine droite. On a été obligé de le sonder. T. 38°.

31 mars. T. matin 37°, soir 38°,2.

Le malade a été un peu agité la nuit, il n'a fait que parler; mais il ne souffre pas et se trouve bien. Un peu de conjonctivite causée par le chloroforme.

1^{er} avril. T. matin 37°,6, soir 38.

La journée a été bonne, le premier pansement est levé; la suture présente dans quelques points une teinte légèrement violacée due à la compresion trop forte exercée par les crins de Florence. Il y a un léger degré d'orchite. Le paquet de crins de Florence est sorti de la plaie en enlevant le pansement. On ne remet pas de drain; même pansement.

Le 2. On enlève le pansement. Un peu d'infiltration sanguine de la plaie, toujours un peu d'orchite, mais la douleur à la pression a diminué; pas de douleur spontanée. Il y a un peu d'épanchement dans la tunique vaginale gauche. Même pansement.

T. matin 37°,2, soir 37°,5.

Le 3. Le malade ne se plaint pas.

T. matin 37°,3, soir 37°,8

Le 4. On laisse encore le pansement, le malade se trouve très bien.

T. matin 37°,2, soir 37°,6.

Le 5. On enlève le pansement, la réunion de la plaie scrotale semble parfaite, sauf dans les points par où passait le drain. Le scrotum est un peu tuméfié sur les bords de la plaie.

Nimier.

L'orchite a disparu, on enlève les sutures au crin de Florence. Toujours un peu d'épanchement à gauche.

T. matin 37°, soir 37°,5.

Le 7. On change le pansement.

La cicatrisation est faite dans toute l'étendue de la plaie, sauf à la partie supérieure dans le point où passait le drain. Le scrotum est encore un peu œdémateux à droite de l'incision. L'hydrocèle gauche a un peu diminué.

Le 9. On enlève définitivement le pansement, il reste toujours un petit point incomplètement cicatrisé. On le couvre d'iodoforme et on maintient seulement les bourses avec une petite planchette.

Le 11. Le malade se lève, il va tout à fait bien. On sent au niveau de la suture de la vaginale une légère induration. Le testicule n'est nullement douloureux à la pression. À gauche l'épanchement a presque disparu.

Le 13. Le malade sort guéri.

L'épanchement dans la tunique vaginale ne se constate plus.

Voici le résultat de l'examen de la vaginale pratiquée au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté.

« Pièce durcie dans l'alcool, coupes colorées séparément par le picro-carmin ou l'hématoxyline, et examinées avec l'oculaire 1 et l'objectif 1, 3 et 7 (Verick).

« La surface de la vaginale très épaissie apparaît constituée par des couches de tissu conjonctif lamellaire, séparées par des cellules plates. Cette stratification conjonctive paraît absolument analogue à celle que l'on observe à la surface du foie ou de la rate atteinte de périhépatite ou de périsplénite chronique. Plus profondément on trouve un tissu conjonctif lâche avec beaucoup de cellules embryonnaires et tout autour des faisceaux de fibres musculaires striées, saines, provenant sans doute du cremaster, des artères malades, atteintes d'endarterite chronique oblitérante (la lumière de certaines d'entre elles a presque complètement disparu), enfin des veinules dila-

tées. Il n'y a pas traces de tissu cartilagineux, de dégénérescence calcaire ou de tubercules. »

Diagnostic : Vaginalite chronique.

Nous n'avons pas pu retrouver ce malade, aussi ne pouvons-nous rien dire au point de vue de la récursive.

OBSERVATION V, inédite.

(Communiquée par M. Macry, interne du service).

Le nommé Levillain (Eugène), âgé de 46 ans, menuisier, entre le 23 avril 1886 à l'hôpital Broussais, dans le service de M. le Dr Reclus, salle Follin, n° 17.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts à un âge avancé. Le père était variqueux. On ne trouve ni tuberculose, ni syphilis, ni rhumatisme dans les ascendants.

Antécédents personnels. — A 15 ans, varicocèle à gauche; à 16 ans, blennorrhagie évoluant régulièrement et disparaissant après deux mois sans laisser aucune trace soit du côté de l'urèthre, soit du côté des articulations.

A 17 ans, est opéré par Velpeau de son varicocèle et cela par le procédé de ligature en masse; il reste vingt-cinq jours au lit. A 30 ans, varices des membres inférieurs plus développées à gauche qu'à droite; varices superficielles et profondes, il éprouve des crampes douloureuses dans les mollets, et a souvent, lorsqu'il fatigue, de l'œdème des jambes. Huit jours après, pleuro-pneumonie soignée à Cochin pendant trois semaines.

En 1879, à la suite d'un effort, sensation de craquement dans l'aîne gauche; consulta à cette époque dans l'un de nos hôpitaux où on lui conseilla de porter un bandage qu'il a toujours porté depuis. L'année dernière, sans aucune cause appréciable, notre malade s'aperçut que les bourses augmentaient de volume; il ne se rappelle pas s'il a subi un traumatisme quelconque sur les bourses. Quoi qu'il en soit, à la fin de l'année

dernière et au commencement de cette année, les bourses étaient arrivées à un volume assez considérable pour gêner le malade dans la marche et surtout pendant son travail, c'est surtout depuis trois mois que cet état s'est accentué. Il va consulter plusieurs médecins qui diagnostiquent une hernie et lui conseillent de porter un bandage. Les douleurs aux lombes, les tiraillements dans l'aîne gauche devenant insupportables, il se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Nous voyons un homme de très bonne constitution, bien musclé, de taille moyenne. Il ne paraît pas avoir des habitudes alcooliques, il n'a pas maigri, et n'a jamais eu d'hémoptisies. Il présente aux bourses du côté gauche une tumeur de forme ovoïde, étranglée à sa partie moyenne, rappelant l'hydrocèle en bissac. Cette tumeur est rémittente, fluctuante au palper, et englobe le testicule dont on ne sent au toucher aucun détail; cependant en arrière, en bas et en dedans, sur la ligne médiane, la pression avec les doigts provoque une douleur qui est spéciale à la glande séminale. La peau qui recouvre la tumeur est partout libre, mais variqueuse; de grosses veines la sillonnent de tous côtés, plus à gauche qu'à droite. La tumeur est translucide. Si on fait tousser le malade, on ne sent aucune secousse dans la tumeur.

Le décubitus et la station verticale ne la modifient pas non plus. On sent bien le cul-de-sac de la vaginale qui est distendu par le liquide. Du côté droit, tout est normal. Le toucher rectal ne présente rien d'anormal, les urines sont normales. Tous les autres organes sont sains, sauf le poumon gauche où l'on entend quelques frottements pleuraux, reliquat de son ancienne pleuro-pneumonie; dans l'aisselle gauche la respiration est plus faible qu'à droite,

M. Reclus propose au malade de le traiter par la cure radicale, qu'il accepte. Purgation la veille.

Ce matin 27 avril, opération.

Chloroformisation. Lavage antiseptique de la tumeur, on

se sert de la liqueur de Van Swieten. M. Reclus saisit la tumeur de façon à la rendre saillante. Incision au bistouri, à peu près sur la ligne médiane du scrotum, couche par couche. Les lèvres de la plaie, qui a une étendue de 8 à 10 centimètres environ s'écartent. On arrive sur la vaginale qui est très distendue. Ponction de cette dernière au point le plus déclive. Il s'écoule à peu près 150 à 200 grammes de liquide citrin. Ouverture de la vaginale avec les ciseaux, lavage antiseptique de la séreuse. On voit le testicule qui présente un petit kyste à la partie supérieure. L'épididyme est écarté du bord supérieur du testicule dans une étendue de 3 centimètres; les organes ne quittent pas leur place profonde dans la plaie. La vaginale est examinée; elle est saine, sauf dans une étendue qui paraît rougeâtre, dépolie, chagrinée, épaissie; cette portion est réséquée, et cela dans une étendue de 6 centimètres de longueur sur 3 1/2 de largeur à peu près. Cela fait, on rapproche les lèvres de la vaginale qui, malgré cette résection, est suffisante pour recouvrir le testicule au moyen de sept sutures avec du fil de catgut très fin. On rapproche les lèvres de la plaie scrotale après avoir interposé un drain de crins de Florence. On suture le scrotum avec neuf fils de crins de Florence. On procède au pansement qui est fait avec de l'iodeforme. On relève les bourses avec des éponges. On fait de la compression avec de la ouate hydrophyle. On reporte le malade dans son lit.

Dans la journée, le malade a très bien uriné. T. 37°,8, pas de douleur.

Le 28. Le malade a très bien dormi. T. matin 37°,4. On ne touche pas au pansement. Bon appétit. A bien uriné.

Le 29. On défait le pansement qui n'a aucune odeur. Le drain est racourci. Même pansement. Bien uriné. Pas de fièvre. Pas de douleur. Rien du côté opposé.

Le 30. Même état. T. matin 37°,3; T. soir 37°,2. Aucune douleur. A bien uriné. On renouvelle le pansement.

1^{er} mai. On retire le drain de crin de Florence. On enlève

huit fils de suture, On n'en laisse qu'un seul à la partie inférieure. A bien uriné.

Le 2. Même état.

Le 3. On enlève le dernier fil. Même état. Aucune douleur.

Le 5. S'est levé pour aller au cabinet. Plus de pansement. Plateau qui soulève les bourses.

Le 6. Le malade va bien, mais il semble y avoir un peu de liquide dans le côté opéré.

Le 7. La cicatrisation est complète, le malade ne souffre pas du tout. On sent nettement la suture de la vaginale, le testicule est un peu plus volumineux que celui du côté opposé. L'épanchement dans la vaginale est devenue plus manifeste, il siège à la partie supérieure, mais il est très peu abondant, et il est impossible de constater la transparence avec une bougie.

Le 8. Nous avons revu le malade pour la dernière fois, l'épanchement semble un peu moindre, il y a tout lieu de croire qu'il disparaîtra complètement et promptement.

Ces observations peuvent donner lieu aux remarques suivantes. D'abord toutes confirment les idées de M. le professeur Panas et celles exposées dans sa thèse (Paris 1874), par un élève de M. le professeur Lannelongue, le Dr Marimon, qui tendent à faire de l'hydrocèle une affection toujours symptomatique. En effet, dans l'observation de M. Segond, la tunique vaginale a présenté une épaisseur plus considérable qu'à l'état normal. Dans le cas suivant, l'hydrocèle était symptomatique d'une épiplocèle. Dans l'observation IV on a eu affaire à une vaginalite chronique et enfin chez le dernier opéré il y avait un tout petit kyste du testicule, auquel on

n'a pas touché et qui a été peut-être la cause de la récurrence. En outre, la vaginale était aussi altérée. Dans aucun cas il n'y a eu hémorrhagie. La température a atteint 39°,1 chez le malade de l'observation III, mais il s'agissait d'une cure radicale de hernie.

Il y a eu un peu de suppuration dans ce cas et on a dû ouvrir un petit abcès le long du cordon au malade de l'observation II, mais cette complication doit être mise sur le compte de l'enlèvement par le malade de son pansement dès le premier jour. Il n'y a eu de véritable orchite que dans l'observation III; on peut peut-être l'attribuer à ce que la résection de la vaginale ayant été un peu trop considérable, le testicule a été un peu comprimé pendant qu'on suturait les deux bords de la vaginale. Chez trois malades on a dû pratiquer le cathétérisme le soir de l'opération, et chez l'opéré de M. Segond on a même dû le faire deux fois. Dans deux cas il y a eu récurrence passagère de l'hydrocèle; c'est d'abord chez le malade porteur d'une hernie épiploïque chez qui M. Reclus s'est contenté de pratiquer l'incision simple de l'hydrocèle. L'épanchement a commencé neuf jours après l'opération et n'a été complètement résorbé qu'au bout de quinze jours.

Le même cas vient de se présenter chez le malade qui fait l'objet de la deuxième observation; au bout de neuf jours il s'est formé un léger épanchement du

côté opéré, mais il est probable qu'il disparaîtra aussi rapidement que dans le cas précédent.

Dans deux cas (obs. II et IV), il s'est fait, quelques jours après l'opération, un épanchement d'ailleurs très modéré dans la tunique vaginale du côté opposé, il a duré de dix à onze jours. Nous ne savons pas à quoi attribuer cet épanchement qui a besoin d'être recherché de très près, car il a toujours été très minime. La guérison, chez nos malades, a demandé de neuf à onze jours, excepté dans le cas traité par l'incision simple où il y a eu récurrence et dont le traitement a duré vingt-quatre jours.

Le procédé employé par notre maître, M. Reclus, ne diffère pas sensiblement de celui de Julliard, de Genève. Comme lui, il opère sous le spray, mais il endort le malade, ce qui épargne à celui-ci la douleur et surtout met le chirurgien à l'abri des mouvements intempestifs du patient. Le lavage de la région est fait avec la liqueur de Van Swieten chaude. L'incision de la peau et la résection de la tunique vaginale sont les mêmes : M. Reclus suture aussi la vaginale avec des catguts très fins, mais il préfère employer le crin de Florence pour réunir les bords de la plaie scrotale. Enfin, au lieu d'employer le tube en caoutchouc pour drainer la peau, il place entre la tunique vaginale et la peau un petit paquet de crins de Florence qui ont l'avantage de moins irriter les tissus. Quant au pansement, M. Reclus emploie un pansement sec : la plaie est couverte de poudre d'iodoforme, puis on applique

par-dessus une épaisse couche d'éponges sèches et saupoudrées d'iodoforme, le tout est recouvert de gutta-percha laminée et de coton hydrophyle que l'on maintient en place par un double spica de l'aine avec des bandes de tarlatane.

CHAPITRE III

ÉTUDE COMPARATIVE DU TRAITEMENT DE L'HYDOCÈLE PAR L'INJECTION IODÉE ET PAR L'INCISION SUIVIE DE RÉSECTION DE LA TUNIQUE VAGINALE.

Nous avons maintenant à comparer les résultats obtenus par le procédé que nous venons d'étudier avec ceux qu'a donné l'injection iodée et à en préciser les indications.

Si nous recherchons d'abord le jugement qui a été porté sur l'opération de Volkmann et de Julliard par les auteurs qui ont écrit à ce sujet, nous trouvons en premier lieu l'opinion émise par M. le professeur Duplay dans son *Traité de pathologie externe*, et nous voyons qu'il n'hésite pas à en faire une méthode d'exception à laquelle il reproche d'être douloureuse, d'une exécution longue et compliquée et exposant à l'hémorrhagie. Il reconnaît cependant que ce procédé amène une guérison plus rapide.

D'un autre côté M. le professeur Heydenreich de

Nancy (*Semaine médicale* du 2 décembre 1885), tout en reconnaissant que l'incision a sur l'injection iodée l'avantage de mieux assurer la guérison de l'hydrocèle, lui reproche cependant d'exposer à des accidents plus graves et en particulier à la perte des fonctions du testicule.

Au contraire, M. Bouilly, dans son Manuel de pathologie externe, s'exprime ainsi à l'égard de l'incision antiseptique de l'hydrocèle : « Les suites en sont d'ordinaire simples et la guérison s'effectuerait en une dizaine de jours en moyenne (Julliard), tandis qu'après l'injection iodée, trois semaines sont nécessaires dans la plupart des cas (Gosselin). »

La statistique de tous les cas ne donne qu'un insuccès sur 100 opérations (Thèse de Renard, 1884). On peut peut-être reprocher à l'incision, ajoute-t-il, d'oblitérer la tunique vaginale et de nuire à la sécrétion du sperme. »

Nous trouvons dans M. Augagneur, le distingué chirurgien en chef de l'Antiquaille de Lyon, un défenseur résolu de l'incision suivie de la résection partielle de la tunique vaginale pour le traitement de l'hydrocèle. Les principaux avantages qu'il reconnaît à cette manière de faire sont les suivants : pronostic très favorable, guérison plus rapide, récurrence plus rare.

Mais étudions d'abord les reproches que l'on a fait à l'incision :

1° *L'anesthésie chloroformique*, qui contribue à augmenter la gravité de l'opération, par suite des

dangers inhérents à son emploi. Mais, outre que certains chirurgiens comme Julliard opèrent leurs malades sans les endormir, nous persistons à trouver dans l'anesthésie plutôt un avantage puisqu'il supprime la douleur et assure l'immobilité du patient ;

2° Le *spray phéniqué*, qui peut amener un érythème avec élévation de température. Nous croyons que cet érythème est bien plutôt dû à l'emploi de pièces de pansement imbibées de solution phéniquée. Nous ne l'avons pas constaté dans les observations de notre maître, M. Reclus ;

3° L'*état fébrile*. Il est en général peu marqué et, en tout cas, on le rencontre fréquemment et à un degré assez élevé à la suite de l'injection iodée ;

4° L'*orchite*. Dans les cas que nous avons eu sous les yeux, nous avons en effet constaté une tuméfaction du testicule peu douloureuse et de peu de durée et qui nous a semblé ne pouvoir prendre le nom d'orchite que dans un seul cas. Il n'est pas rare non plus de la constater après l'injection iodée ;

5° L'*hémorrhagie*. Nous ne l'avons trouvée citée dans aucune observation ;

6° La *suppuration*. Il y a en effet quelques cas où il s'est produit des abcès à la suite de l'incision, mais nous ne croyons pas trop nous avancer en disant qu'ils sont bien plus fréquents après l'injection iodée ;

7° Le *phlegmon du scrotum*. Nous en avons trouvé

un cas dans les six observations de Rocher, mais en revanche on l'observe assez souvent à la suite de l'autre méthode de traitement ;

8° La *réten tion d'urine*. Elle semble en effet assez fréquente après la résection de la vaginale, comme d'ailleurs après toutes les opérations pratiquées sur les organes génito-urinaires ;

9° Enfin, l'*oblitération de la cavité vaginale et l'anémie testiculaire consécutive*. D'abord, l'oblitération de la cavité vaginale, étant la principale condition de succès, ne nous semble pas pouvoir être reprochée à notre méthode ; quant à ce qui est de l'anémie testiculaire consécutive, nous ne savons pas qu'elle ait été constatée sur des malades morts après l'incision. On s'est appuyé pour faire ce reproche sur les autopsies faites par Gosselin, qui a observé ce fait chez des sujets porteurs de cavités vaginales oblitérées. Nous répondrons que l'« on a trouvé dans des hydrocèles non opérées une altération de la sécrétion spermatique aboutissant à la destruction complète des spermatozoïdes d'où résulte la stérilité. » (Follin et Duplay tome VII, page 254.)

Gosselin a signalé aussi l'anémie et l'atrophie du testicule dans un certain nombre d'hydrocèles. Enfin, dans sa thèse de 1874, Marimon dit : « En raison des altérations anatomiques portant sur le corps et la tête de l'épididyme, sur la qualité du liquide spermatique, il faut opérer de bonne heure les grosses hydrocèles, non pas seulement à cause de la gêne qu'elles produisent, mais surtout pour pré-

venir la stérilité. Voilà des motifs sérieux d'intervention chirurgicale, et nous n'avons qu'un mot à ajouter : c'est que dans cette situation, si tous les autres moyens ont échoué ou ne réussissent pas à débarrasser le patient de son infirmité, il faut au plus vite inciser cette hydrocèle avec toutes les précautions voulues. » Nous nous croyons donc autorisé à conclure que cette anémie testiculaire est tout autant le fait de l'hydrocèle elle-même que de l'oblitération de la cavité vaginale.

Recherchons maintenant les avantages que présente la résection de la tunique vaginale sur l'injection iodée. Ce sont :

L'absence de la douleur, supprimée pendant l'opération par le chloroforme, nulle ou de peu d'intensité après. La sûreté de diagnostic et de guérison. En effet, l'ouverture de la tunique vaginale permet d'inspecter celle-ci, d'enlever les corps étrangers qui peuvent s'y trouver, les exsudats de différentes sortes qui s'y rencontrent, les kystes, etc... dont la présence compromet si souvent le résultat de l'injection iodée.

La guérison obtenue en peu de temps. La plupart des opérés se lèvent au bout de dix à douze jours et après un traitement de deux semaines peuvent reprendre leurs occupations.

L'absence de récurrence, puisque dans les 457 cas que nous avons pu recueillir et que nous donnons plus loin sous forme de tableaux, nous n'avons trouvé que 4 récurrences, c'est-à-dire 1 pour cent.

Quels sont à côté de cela les avantages de l'injection iodée ?

L'injection iodée a le mérite incontestable d'être une opération simple, facile, qui n'oblige pas à soumettre le malade à l'anesthésie, elle ne donne lieu à aucune effusion de sang, ne comporte pas de pansement et ne laisse après elle aucune cicatrice.

Mais en revanche elle expose à des accidents assez sérieux parmi lesquels nous nous contenterons de citer :

La piqûre du testicule, facile d'ailleurs à éviter.

Le phlegmon du serotum, qui est un accident fréquent à la suite de l'injection iodée, mais que l'on peut éviter en employant le procédé de M. le professeur Guyon que nous avons déjà exposé.

Les abcès qui tiennent aussi souvent à une inflammation trop vive.

La douleur assez forte pour amener la syncope chez certains malades au moment de l'injection et très vive également pendant toute la période de réaction.

Le tetanos cité par Curling.

L'orchite, 2 cas sur 7 opérations, Archencham (Archives de Langenboch, 1877).

La tuméfaction des bourses qui est plus considérable qu'après la résection.

La fièvre qui est presque toujours assez vive.

La fréquence de la récurrence.

Nous savons bien cependant que d'après Curling, Martin (de Calcutta), sur 2,399 malades traités par

la ponction suivie d'injection iodée, aurait eu une récurrence sur 100 cas, mais nous n'avons pas retrouvé dans les auteurs d'aussi beaux résultats par cette méthode. Gosselin, sur 141 malades, dit avoir eu 16 récurrences. M. Augagneur, sur 22 malades atteints d'hydrocèle qu'il a reçus dans son service en 1875, en a trouvé cinq qui avaient déjà subi la ponction avec injection.

Quoi qu'il en soit, l'injection iodée est une très bonne opération et qui ne doit pas être actuellement abandonnée systématiquement pour l'incision et la résection. Cette dernière méthode sera réservée pour les cas que nous allons énumérer dans nos conclusions.

CONCLUSIONS.

1° Le mode de traitement de l'hydrocèle vaginale par l'injection iodée est bon et doit rester le procédé de choix ;

2° L'incision du scrotum avec résection de la vaginale, opération plus délicate et qui nécessite une éducation chirurgicale supérieure, ne lui sera donc substituée que dans des cas spéciaux.

On préférera cette méthode lorsque l'injection iodée aura échoué et que la récurrence sera survenue.

Lorsqu'on aura affaire à une hydrocèle congénitale, ou compliquée de hernie, ou très volumineuse.

Lorsqu'on se trouvera en présence d'un épaississement de la séreuse ou d'une vaginalite chronique même peu marquée.

On la préférera enfin, mais ici l'indication est moins nette, lorsque le malade réclamera le procédé le plus expéditif : la guérison par la cure radicale étant en effet plus rapide.

Vu, le président de la thèse. Vu, bon et permis d'imprimer.
FOURNIER. Le vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

